**Verklaring verstrekking medicatie(gegevens) aan derden**
Medicatie en medicatiegegevens zijn privacy gevoelig. Alleen met uw toestemming verstrekt onze apotheek deze aan iemand anders dan uzelf.
Dit formulier geldt voor personen vanaf 16 jaar. Bij kinderen van 12 tot 16 jaar dient het formulier door zowel ouder als kind ondertekend te worden.

Door ondertekening van deze verklaring geef ik Apotheek Delfshaven toestemming voor het verstrekken van mijn medicatie(gegevens) aan een door mij aangewezen persoon.

**Gegevens aangewezen persoon (de gemachtigde):**

Naam ……………………………………………………………………………..

Adres + woonplaats …………………………….……………………………………………….

Geboortedatum ………………………………………………………………………………

**Uw gegevens (patiënt):**

Naam ……………………………………………………………………………..

Adres + woonplaats …………………………….……………………………………………….
Geboortedatum ……………………………………………………………………………..

Telefoonnummer ……………………………………………………………………………..

E-mail ……………………………………………………………………………..

*Ik geef toestemming voor:*

□ Medicatie □ Actueel medicatieoverzicht

□ Medicijnpaspoort □ Anders, namelijk

*Duur van de toestemming:*

□ Eenmalige afgifte

□ Aangewezen persoon mag, tot nader bericht, mijn gegevens\* opvragen

Handtekening patiënt Datum

………………………… ……………………………..

*\*Betreft actueel medicatieoverzicht, medicatiehistorie of reisdocument*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**In te vullen door de apotheek:**

Verstrekt document:

AMO / medicatiehistorie / reisdocument (omcirkel wat je meegeeft)

Eenmalige verstrekking Tot nader order mag deze persoon afhalen

□ ID-controle □ ID-controle

□ Gegevens aangewezen persoon vastgelegd

In apotheek verwerkt door …………….. paraaf …………………. Datum ………………….